

別紙

業 務 従 事 届

令和 年 月 日

福島県知事

住 所

氏 名 (署名)

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

| | | | |
|---|--|------------|-------------|
| 業務の種類 | 理学療法士・作業療法士・診療放射線技師・歯科衛生士・臨床検査技師・言語聴覚士 | | |
| 免許交付県名 | | | |
| 籍登録番号 | 第 | 号 | 登録年月日 年 月 日 |
| 就業先 | 所在地 | | |
| | 名称 | | |
| | 就業開始年月日 | 年 月 日 ~ 現在 | |
| 上記の勤務開始年月日から現在まで雇用していることを証明します。 令和 年 月 日 所在地 就業施設の長 名称 (病院長等) 氏 名 (署名又は記名押印) | | | |

(注意) 就業先を退職したときは、必ず勤務証明書を添付して届出書を提出すること。
氏名変更のときは戸籍抄本等を添付して届出書を提出すること。